

Instituto Ambrosio A. Tognoni



Ficha Médica - 2024 Grupos y Post-Primario

Apellido y Nombre:		
D.N.I :		Fecha de Nac.:
Edad:	Sexo:	Grado al que ingresa:
Domicilio:		Teléfono:

Obra social:	Nº de socio:
Ante una emergencia llamar a :	

____Para ser completado por el pediatra____

Grupo Sanguíneo:	Factor:	Altura:	Peso:
------------------	---------	---------	-------

* Enfermedades que padece o padeció (Marcar):

Sarampión		Meningitis		Cardiopatías	
Varicela		Epilepsia		Asma	
Paperas		Reumatismo		Problemas neurológicos	
Escarlatina		Hernias		Celiaquismo	
Hepatitis		Tos convulsiva		Diabetes	

*Traumatismo/fracturas: _____

*Operaciones: _____

*Alergias: _____

* Vacunas. Esquema completo: SI NO

-Se aplicó la vacuna contra el Covid19? SI NO ¿Cuántas dosis?: _____

Adjuntar las fotocopias de los certificados (a menos que ya consten en el legajo).

Cada vez que reciban una nueva vacuna, ya sea por plan o campaña, se debe enviar el certificado.

* ¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica? NO SI

¿cuál? _____ dosis _____

*¿Tiene problemas de tiroides? _____

*¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere que el Colegio deba estar enterado?

NO SI ¿cuál? _____

____Para ser completado por el cardiólogo____

* ¿Tiene algún problema cardiológico? SI NO

Tratamiento o cuidados a seguir: _____

El alumno se encuentra en buen estado de salud y está en condiciones de realizar actividad física escolar: SI NO

Firma y sello del profesional